

## 医療に関する県民との懇談会

～介護保険・医療保険同時改正のポイントと  
今後の市民生活への影響～

理事 玉井 修



日時：平成18年8月24日（木）19:00～  
場所：沖縄ハーバービューホテル（金鶏の間）



会場風景

今回は介護保険に関する諸問題と題して、療養病床削減を含み、今後、介護保険がどのように変わっていくのかを討議致しました。

まず、宮城信雄会長から『地域に根ざした活力ある医師会』を目指して医師会を運営していきますので、県民の皆さんの忌憚のない意見をお聞かせ下さいとのご挨拶がありました。

引き続き、小渡敬副会長より今回の介護保険・医療保険同時改正のポイントと今後の市民生活への影響と題してレクチャーがありました。超高齢化社会を迎えて、社会構造の劇的な変化に伴い、医療や介護サービスのあり方が大

きく変化しようとしています。小渡先生の説明により、現実の一つであるはずなのに、行政側の解釈と、日医側の解釈が全く違う事が良くわかります。財政の悪化を必要以上に悪く解釈し、より医療や介護にかかる財源を圧縮しようという意図が行政側にあり、危機感をあおって医療や介護にかかるサービスを圧縮しようとしている事は社会不安をあおり、社会全体に漠然とした不安感を拡大させてしまいます。特に介護保険に株式会社を参入させて介護保険の財源を食いつぶした教訓を何ら総括せずに、今度は医療に株式会社を参入させようとする愚行を繰

り返そうとしている事に危機感を感じます。小渡先生は今回の改正を、革命とおっしゃっています。皆保険制度やフリーアクセスなどに代表される日本の医療制度は、世界にも類をみない優れた制度で世界で最も長寿な国、日本を支えていることをもっと評価されても良いのではないのでしょうか？

療養病床は現在38万床ありますが、平成23年度末までに15万床まで削減するとの事です。実に6割の病床が削減されます。介護難民は発生せずに老健施設やケアハウス、在宅医療へ円滑に移動できるのでしょうか？

今回の討論には沖縄県老人クラブ連合会の山田君子氏をご参加され、今回の介護保険制度改正により介護度認定が軽くなり、施設を出なければならぬケースでも結局在宅で見る人もいないため、次の介護施設に無理矢理押し込んでその場しのぎを繰り返す悲惨な状況がある事をご報告頂きました。共働きの多い沖縄では受け皿となる家に介護する余裕が無いという現状が見えます。沖縄県社会福祉協議会の伊波委員か

らは、老人クラブ等と協力し合って、この様な介護に関わる様々な隙間の解消に協力していきたいとお話がありました。沖縄いのちの電話の国吉守氏からは、老人の自殺などが新聞紙上を賑わしているが、実際老人から自殺についての相談の電話はほとんど無い。社会全体が家族を中心とした暖かいものであって欲しいとのご発言がありました。医療制度や介護保険制度など社会保障制度の目まぐるしい変化のなかで、いつの間にか見失っていた家庭の温かさ。社会保障制度の充分に発達していなかった時代でも、人はお互いに支え合いながら生きていたはず。制度をどのように改めようとも、基本的に大切なのは人の心であり、思いやりや慈しみの心が無い限りどのような制度も、設備も、財源も人を救うことは出来ないと感じた言葉でした。マザーテレサの言葉を思い出します。『富める者から貧しい者に分け与えるではありません、貧しい者同士で分かち合うのです』

以下に当日の懇談内容を掲載しますので、ご一読下さい。

## 懇談内容

### 開会

○司会（玉井） 皆様、こんばんは。沖縄県医師会の県民との懇談会、第2回になります。忙しい中、また大混雑の中、多くの委員の皆様、そして県医師会関連の先生方、お越しく下さいましてありがとうございます。

それでは、早速、沖縄県医師会長、宮城信雄よりご挨拶を申し上げます。よろしくお願ひします。

### 挨拶

○宮城会長

皆さん、こんばんは。私は、ただいまご紹介がありましたように、4月から沖縄県の医師会長を務めております、宮城と申します。

沖縄県医師会の稲富会長、その前は比嘉会長でしたけれども、比嘉会長は「開かれた医師会」というのを目指して頑張っておりましたし、この後を継いだ稲富会長は「信頼される医師会」ということで医師会を運営されて、もちろん当然公開されないと信頼されないということで、開かれた医師会の上に信頼される医師会



ということが成り立つということです。

私は、その原点に戻りまして、開かれた医師会、それから信頼される医師会というのを発展させながら、医療の原点に戻って「地域に根ざした活力ある医師会」というのを目指して、医師会活動を運営していきたいというふうに考えております。

特に今、沖縄の中で問題になっている離島問題、あるいは僻地問題、それに対しても医師会としては何らかの手を打つための提言をしていきたいというふうに考えております。

それから、医療というのは、1つの医療機関で完結するものではないということで、医療機関が連携をしながら医療に取り組んでいかなければいけないだろうということで、その地域の中で完結するような医療を目指していきたい。これは医療機関同士の連携ということが必要になってきておりますので、県立病院、あるいは大学病院、それから民間の医療機関等々がそれ

ぞれの役割を果たしながら、その地域で完結されるような医療というのを目指して頑張っていきたいというふうに考えております。

本日、懇談していただくのは、介護保険についてということです。今いろいろな問題が出てきております。この介護保険問題については、これからもいろいろな問題が起こってくると思います。後で小渡副会長が介護保険ということで、特に療養病床の問題について説明をしていただきたいと思います。その説明を聞いて後に、皆さんから率直なご意見をお伺いしていきたいと思います。

皆さんが日ごろ感じている医療に対する問題点、あるいは不平・不満というのがあれば、それを率直に話をしていただきたいと思います。それが医師会ひいては沖縄県民の医療の向上につながると考えております。ぜひ忌憚のないご意見をお伺いしたいと思います。

非常に簡単ではありますが、ご挨拶にかえたいと思います。よろしく願いいたします。

○司会(玉井) ありがとうございます。

続きまして、早速、懇談に入らせていただきます。

本日は、介護保険にかかわる諸問題を主体に議論を進めてまいります。そのため、本日は本会の小渡敬副会長と、平和病院のケアマネジャーの当銘則子さんにお越しいただいております。

では、早速ですが、小渡副会長、お話をお願いいたします。

# ①介護保険に係る諸問題（療養病床削減を含む）

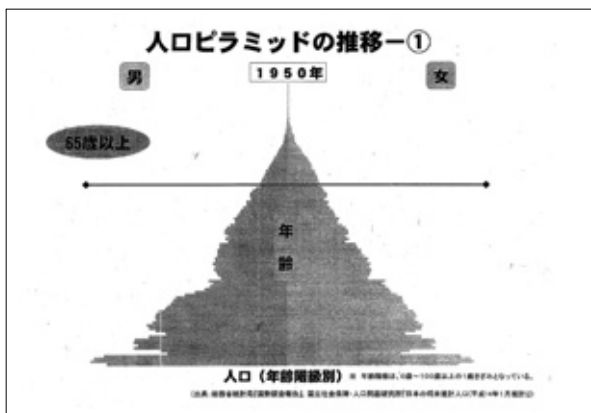
副会長 小渡 敬

○小渡副会長



皆さん、こんばんは。県医師会の副会長をしております小渡です。

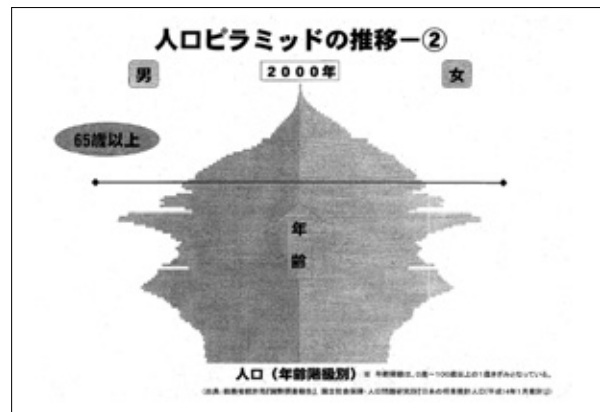
介護保険は3年に1回、介護報酬の改定が行われます。それに対して医療保険は2年に1回改定されます。そのため、ある時期になると同時改定になりますが、たまたま今年が介護保険と医療保険が同時に改正される年でした。おそらく厚労省は、今回の改定に向けて改定案を色々練っていたということが、結果として分かってきました。



(スライド①)

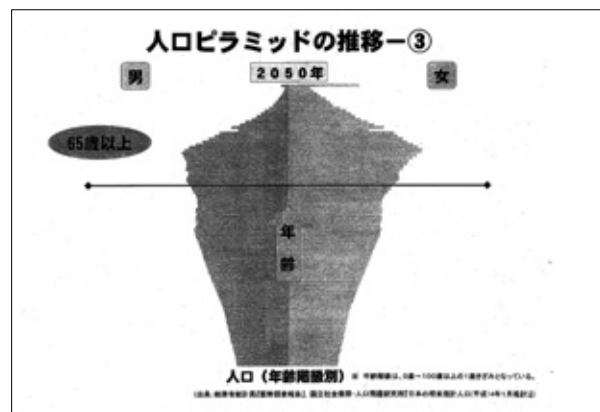
改定の背景には、わが国の人口構造の変化が関係しています。スライド①に示したように1950年代の人口構造はピラミッド型で、要する

に高齢者より若年者が大部分を占めており、いわゆる健全な人口構造をしていました。



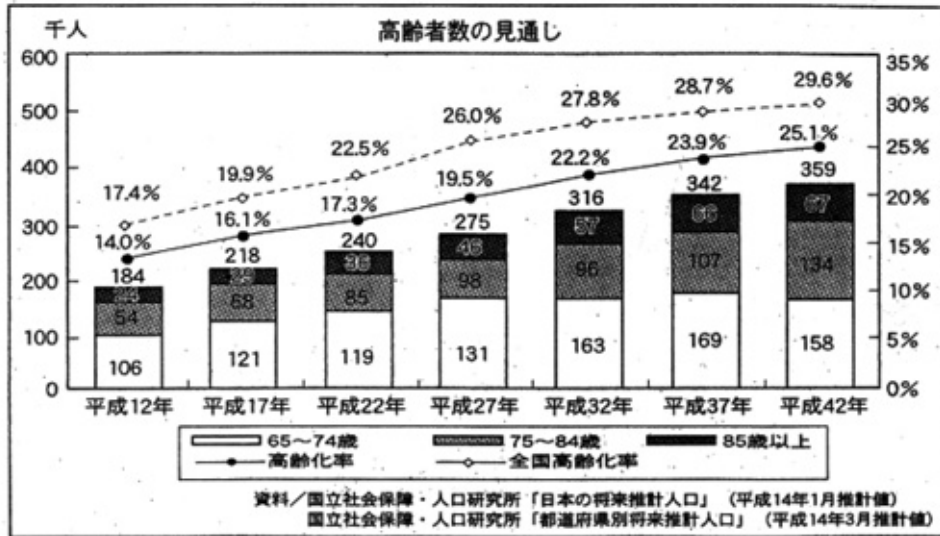
(スライド②)

それが2000年には、スライド②に示したように人口構造は胴長になり、要するに若年者が少なくなってきており、高齢社会ないし超高齢社会と言われた時期であります。



(スライド③)

それがさらに2050年にはスライド③に示すように、人口構造は逆ピラミッド型になり、高齢者に比べ若年者が少なくなり、労働人口の減少が起こると予測されています。このような人口構造の変化を見越した上で、国は様々な施策を講じなければならないと考えられます。



(スライド④)

65歳以上の高齢者だけを見ると、スライド④に示したように、どんどん増加し、平成42年には500万人以上になると予測されています。全国と沖縄県の高齢化率を見ると、沖縄県は全国に比べ高齢化率は約10年くらい遅れていることが分かります。沖縄県は長寿県ですが、必ずしも高齢化率が高いわけではないということが分かります。

- これまでの高齢者医療施策
- 「老人病院」ー30年近い問題
  - ・ 1973年(昭和48年)老人医療費無料化
  - ・ 1983年(昭和58年)老人保健法の制定
  - ・ 1984年(昭和59年)「特例許可老人病棟」の導入  
 ー介護職員の配置
  - ・ 1990年(平成2年) ゴールドプラン(高齢者保健福祉推進十カ年戦略)の開始
  - ・ 1993年(平成5年)「療養型病床群」の創設(医療法改正)
  - 一定規制
  - ・ 2000年(平成12年)介護保険制度の施行
  - ・ 2001年(平成13年)「療養病床」の創設(医療法改正)
  - ・ 2006年(平成18年)介護保険・医療保険改正(療養病床の23万床を転換)
- 
- 療養病床は、介護保険制度をめぐる議論の原にも大きなポイント。
    - ・ 1996年(平成8年)6月「介護保険制度案大綱」(老人保健福祉審議会)
    - 「・・・施行後一定の経過期間内において、療養型病床群等の介護施設への転換を図るものとする」
  - 2000年(平成12年)の介護保険制度施行時に、療養型病床群は介護保険適用と医療保険適用とに分かれる。

(スライド⑤)

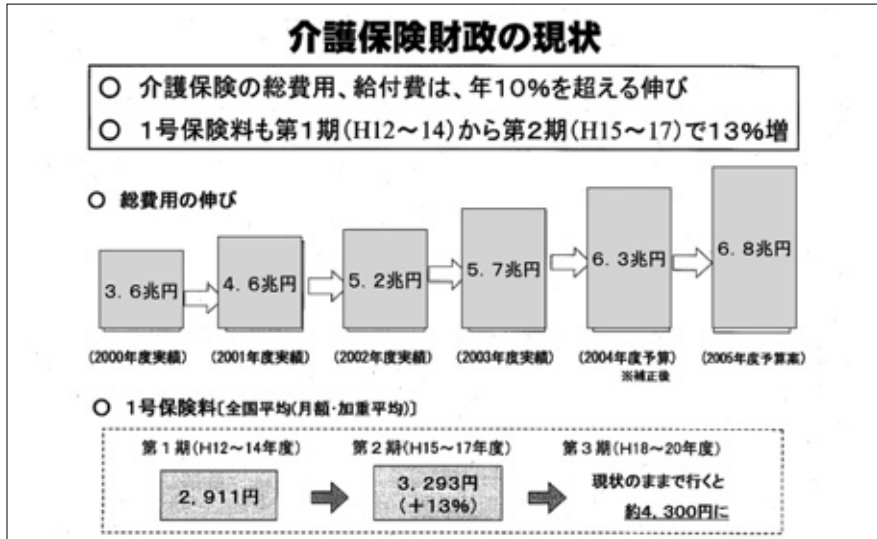
次に、これまでの高齢者医療施策をスライド⑤に示します。昭和48年に老人医療費無料化がなされ、その後58年には老人保健法が施行され、59年には特例許可老人病棟いわゆる老人病院が導入されました。しかしこれが、介護費用や社会的入院の問題等を引き起こし、大きな社会問題になりました。そこで平成2年に高齢者保健福祉推進十カ年戦略いわゆるゴールドプランが策定されました。平成5年には医療法が改正され、療養型病床群の創設がなされました。

平成12年には介護保険制度が施行されています。さらに平成13年には第4次医療法改正が行われ、そこで現在ある一般病床と療養病床が創設されました。そして今年の同時改正で療養病床の23万床を転換することが決まり、これが今、大きな話題になっています。

今回の介護保険制度の改正について

(スライド⑥)

それでは、まず今回の介護保険の制度改正について述べます。



(スライド⑦)

スライド⑦に、介護保険財源の現状を示しました。介護保険の財源はスタート時点の2000年には3兆6,000億円程度を見込んでいましたが、それが年々1兆円程度増加したため、介護保険制度施行の3年後の改定で介護報酬の抑制が図られ、その後は5000億～6000億円の介護費用の伸びを示しています。

65歳以上の1号保険者の保険料は、当初2,911円であったが、総費用の伸びに比例して保険料も増加し、平成18年では4,300円に引き上げられています。沖縄県の1号保険者の保険料は現在、5,000円弱であり、全国でもトップクラスの保険料が高い県になっています。これは、要介護の利用者が多いことと、介護保険の高齢者施設が多いことを意味していると考えられます。

- #### 介護保険施行後に見えてきた課題
1. 死亡の原因疾患と生活機能低下の原因疾患とは異なる
  2. 軽度の要介護者が急増している
  3. 介護予防の効果が上がっていない
  4. 高齢者の状態に応じた適切なアプローチが必要である

(スライド⑧)

スライド⑧は、厚労省が今回の介護保険制度改正に向けて、施行5年間の状況を総括した

ものです。1つは死亡の原因疾患と介護状態になった原因疾患は異なることが分かってきました。次に軽度の要介護者が急増している、そして、これらの要支援や要介護1等の軽度の高齢者が介護費用の約50%近くを使用していることが分かってきました。また、リハビリ等による介護予防の効果が上がっていないことも分かってきました。それらの結果から今後は高齢者の状態に応じた適切なアプローチが必要であると考えたようであり、今回の改正は、この結果に基づいて介護認定の見直しや、介護予防の創設が行われたと考えられます。

	第1位	第2位	第3位
65歳以上の死亡原因	悪性新生物 (30.0%)	心疾患 (16.9%)	脳血管疾患 (14.5%)
65歳以上の要介護の原因	脳血管疾患 (26.1%)	高齢による衰弱 (17.0%)	転倒骨折 (12.4%)

出典：平成13年「人口動態統計」及び平成13年「国民生活基礎調査」  
 ※65歳以上の死亡原因 → 約6割が生活習慣病  
 ※65歳以上の要介護の原因 → 生活機能の低下を来す疾患・状態が重きを占める。

(スライド⑨)

次に65歳以上の死亡原因と要介護状態になった原因をスライド⑨に示しています。死亡原因は皆さんご存知のように、1位がガンで、2位が心疾患、3位が脳血管疾患です。次に要介護状態になった1位は脳血管疾患で、要するに脳梗塞や脳出血です。その次に多いのは衰弱です。言い換えると引きこもり等で、動かないことによる廃用性の障害です。第3位は転倒骨折で、死亡原因とは随分異なることが分かりました。

- 介護予防（生活機能低下）の観点から強化すべき分野
- 運動器の機能向上
  - 栄養改善
  - 口腔機能向上
  - 認知症予防
  - うつ防止
  - 閉じこもり予防

(スライド⑩)

そこで、介護予防の観点から強化すべき分野をスライド⑩に示しました。1つは、運動器の機能向上です。これまでリハビリ、リハビリと言われてきましたが、今後は予防効果を高めるために、より有効な生活リハビリや筋トレ等を取り入れていく必要があるといわれています。

次に栄養の改善は、これはどうしてかという、全国のような高齢者施設等を調べると、施設の中に栄養失調者がいるということが分かってきました。なぜ施設にいて栄養失調かということになるわけですが、実際には偏食や、食べ

ないとか色々な理由があるわけです。在宅でも同様なことが考えられることから、栄養の改善を重点項目にあげたと考えられます。

それから、口腔機能の向上については、口の中というのは大事なんです。口腔機能が悪いとどうしても栄養障害に陥りやすく、会話も少なくなり、引きこもりの原因にもなると考えられます。

さらに、認知症の予防、うつ対策、閉じこもり予防等、この部分を重点的に改善すべきだというような方向になってきました。

- 今回の介護保険制度改正のまとめ (平成18年4月)
1. 予防重視型システムへの転換  
(主な施策) 新予防給付の創設、介護予防事業の創設
  2. 新たなサービス体系の確立  
(主な施策) 地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、医療と介護の連携
  3. 施設給付の見直し  
(主な施策) 居住費用・食費の見直し、低所得者等に対する措置
  4. サービスの質の向上  
(主な施策) 情報開示の標準化、ケアマネジメントの見直し
  5. 負担の在り方・制度運営の見直し  
(主な施策) 第1号保険料の見直し、市町村の保険者機能の強化、要介護認定の見直し、介護サービスの適正化・効率化
  6. 被保険者・受給者の範囲  
平成21年度を目途に社会保障に関する一体的見直しを検討

(スライド⑪)

今回の介護保険制度改正をまとめると、スライド⑪に示したように6項目になります。1つ目の「予防重視型システムへの転換」とは、新予防給付の創設と介護予防事業の創設です。次に「新たなサービス体系の確立」というのは、これは地域包括支援センターなるものを創設し、それを拠点に小単位の地域密着型のサービスを行い、医療と介護を連携するということになっていますが、現状では、まだまだ上手く機能していないように思われます。

それから「施設給付の見直し」では、利用者にとって、これが一番大きな問題です。施設に入ると食費と居住費が自己負担になります。これはすでに昨年10月から実際に実施されています。普通の所得のある人は、約9万～10万円を支払わないと、現実的には入所できないというわけです。いわゆる自己負担の導入で、財源論から出てきた発想だと思えます。

「サービスの質の向上」は、情報開示の標準

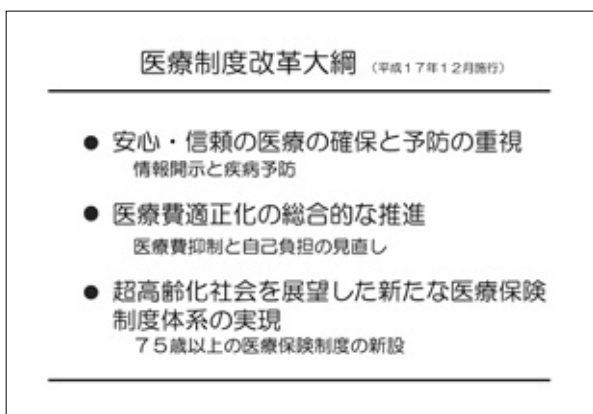
化とケアマネジメントの見直しであります、これは利用者に施設の質が分かるようにインターネットに掲示する等、各施設の情報開示を法律で規定するものであります。

次に、「被保険者・受給者の範囲」については、厚労省は財源を確保するために、受給範囲も高齢者だけでなく、介護の必要な障害者にも適用させ、2号保険者の範囲を現在の40歳から20歳に引き下げ、医療保険と同じように保険料を徴収したいと考えているようです。今回の改正では、これを法制化することは見送られました。しかし平成21年までに社会保障に関する一体的な見直しを検討するとしています。



(スライド⑫)

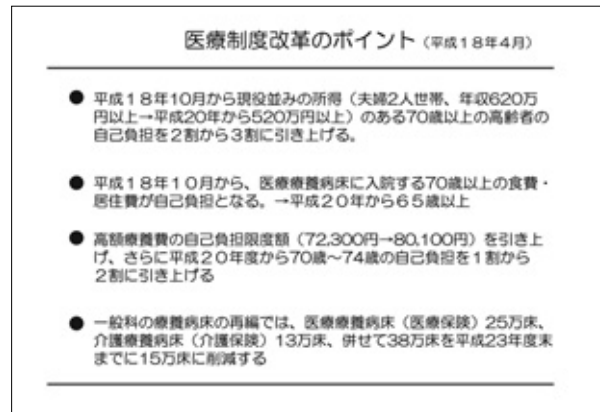
次に、医療制度改革について述べます。



(スライド⑬)

医療制度改革の考え方は、すでに昨年（平成17年）12月に政府与党が、スライド⑬のように医療制度改革大綱に示していました。それは3つの柱から成り、①情報開示と疾病予防、②医療費適正化の総合的な推進、これは言い換え

ると、医療費抑制と自己負担の見直しであり、さらに③超高齢社会を展望し75歳以上の医療保険制度の新設をするというものです。これらを踏まえて今年4月に医療保険制度の改革が行われました。



(スライド⑭)

その改革のポイントをスライド⑭にまとめました。今回の改正のポイントは非常に厳しい内容ばかりです。改正の細かな部分は沢山ありますが、県民の関心のある部分を抜き出すと、今年の10月から、現役並みの所得のある70歳以上の高齢者の自己負担を2割から3割に引き上げることになりました。現役並みの所得とは、夫婦2人世帯当たり年収が620万円以上ある人のことで、これも2年後からは年収520万円以上に引き上げることが決まっています

それから、次に、今年10月から、医療療養病床に入院する70歳以上の食費、居住費が自己負担になります。ということは、介護施設ではなくて病院にいても食費と居住費が自己負担になります。これは大体9万円と言われていました。さらに2年後にはこれが65歳以上に引き下げられます。入院した時に支払う高額療養費の自己負担限度額も、これは現在7万2,300円ですが、8万100円に引き上げられます。さらに平成20年から70歳から75歳の自己負担を1割から2割に引き上げると決まりました。

次に、今日の一番のテーマである療養病床の再編についてです。現在、療養病床は、医療療養病床（医療保険）が25万床、介護療養病床（介護保険）13万床、あわせて38万床ありま

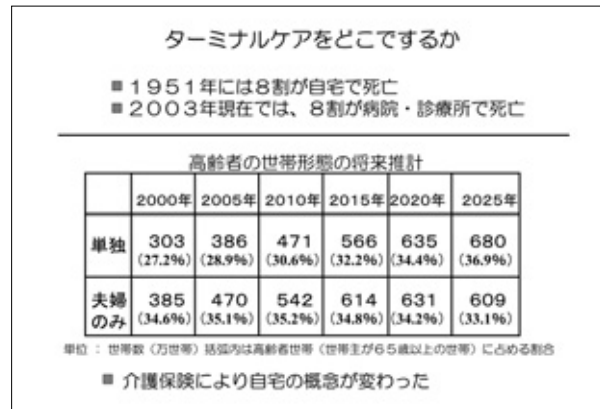


す。これを平成23年度末までに15万床に削減するという、非常に拙速というか乱暴な改革案であります。これは、わが国の医療のあり方の改革というより、医療革命に近いとも言われています。何故なら十分な受け皿なしに、23万床を急激に削減すれば病院が倒産するだけではなく、行き場を失った療養者が急増し、いわゆる介護難民、医療難民が出てくるのではないかと新聞等で議論になっているわけです。

スライド⑮は今述べたことを図式化したものです。その中で、医療療養病床の入院についてはこれまでとは異なり、患者を重症度や日常生活の自立度から医療区分1～区分3に分類しております。そして入院患者が区分2以上でないとなれば診療報酬が得られず、病院の経営が困難になるような仕組みに改正されました。

介護療養病床は、今後6年間に老健施設やケアハウス等の介護保険施設に転換するとしていますが、全国の市町村長会は、これについて財源上の理由で反対しており、今後どのようなか混乱が予想されています。

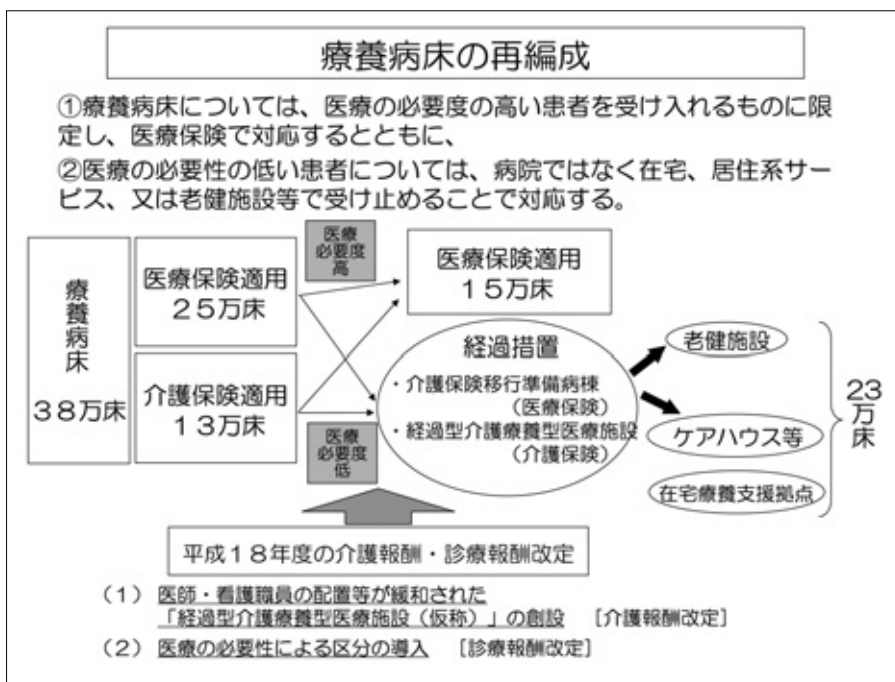
これらの改革を推し進めると、将来、高齢者



(スライド⑮)

は在宅ないし介護施設で終末期を迎えることになると考えられます。そして、現在はスライド⑮に示したように、約8割の人が病院や診療所で亡くなっていますが(2003年)、1950年代のように大部分の高齢者が在宅で看取られることになると考えられます。しかし実際には、スライドにも示したように、わが国は核家族化が進んでいるため、夫婦のみの世帯と単独世帯をあわせると約6割以上を占めていることから、自宅での看取りは困難であると思われます。そこで厚労省は、自宅の概念を、ケアハウスやグループホームを含めた介護施設等を自宅と広く捉え、これを在宅と称しています。今後はおそらく、グループホーム等の介護施設で終末期を迎える

ことが考えられ、ターミナルケアについては、病院ではなく、かかりつけ医との連携が重視されてくるようになると思います。また、このことによってターミナルケアの経費(診療報酬)を削減することが出来ると思われています。



(スライド⑯)

**まとめ**

今回の改正から推察できる国がイメージしている高齢者の将来像

1. 社会保障（医療・介護、保健、福祉、年金）を永続的なものとするために、財源確保の目的でこれら全てを抑制する。
2. 医療・介護は、自己負担が増加する。
3. 医療報酬・介護報酬は抑制される。
4. 療養病床削減により、ターミナルケア（死に場所）が在宅になる  
（在宅の概念が変わる→在宅は自宅ではなく老老所等も含まれる）
5. 医療施設の情報開示により医療情報が入手しやすくなる  
（医療への安心・信頼が高まる？）
6. 疾病予防の意識が高まる

↓

急速な転換は社会的混乱を招くおそれがある。

(スライド⑰)

今回の改正から、今後予測できることをスライド⑰にまとめました。先ず、社会保障を将来的に維持するために、今後全てを抑制する可能性があります。医療・介護についてはさらに自

己負担が増える可能も否定できません。病院側にとっては、医療報酬や介護報酬がさらに抑制されることも考えられます。先ほど述べたように療養病床削減によりターミナルケアが在宅に移行するものと思われます。医療への安心・信頼を高める目的で情報開示がより進展することが考えられます。さらに自己負担等が増加する結果、国民の疾病予防の意識が高まることも考えられます。以上であります。

これらの改革を急激に行い社会混乱を招かないように、いかにソフトランニングするかが、肝心のような気がします。ご静聴ありがとうございました。

## 質疑応答

○司会（玉井） ありがとうございます。

ケアマネージャーの当銘さん。実際に今現場ではどうですか。混乱とか起こっていますでしょうか。そのあたりからちょっと聞かせていただきたいんですけども。

○平和病院 当銘ケアマネージャー

今年の4月から介護保険の改正が実際ありまして、まずは介護認定が変わって、要支援1、要支援2というのが新しい認定結果が出てきました。

その中で、その方々が、私たちも想定できなかったレベルの方が、今まで要介護1、要介護

2の方が要支援1・2になったという現状がありました。それで、ご家族としましても、半身麻痺があるのに、どうして要支援2になるのか。そういうもので、実際混乱しているという現状はありますね。

○司会（玉井） 介護度の評価そのものがかかり軽く見られているというか、そういう評価が軽くなっているということなんでしょうかね。委員の皆様から何かご質問がありましたら、いかがでしょうか。

○山田委員

今、小渡先生のお話を聞いて、なるほどなど



いうことで、大体わかったような、難しいような。どうなるんだろうということ、ちょっと不安があります。

実は、療養型だとか一般病棟でも、ある程度よくなっても治療の必要は、通院だとか、あるいは大体必要がないから「お帰りなさい」と言われても、先ほどもございましたように、地域では核家族、老夫婦のみというのが急増しております。そういう実態の中で「帰れ」といっても、別居している家族とか親戚の者は、在宅で介護ができないから次の施設、老人ホームだとか老健施設だとか、どこか受け入れてくれる病院を血まなこで探してお願いして、10日でも1週間でも入れてくださいということ、入るんですけど、入ったら最後。1カ月や2カ月、3カ月ぐらいはもう何やかんやいって長期に入院するというケースが、私の周辺にもたくさんあります。地域に住んでおられますと、よくそういうことを聞くんです。家に帰ってきて誰もいないのに、誰が世話するの。私も働いているからということで、共稼ぎの方はとてもじゃないけど受け入れられないということで苦悩していらっしゃいます。

地域の受け皿がないのに、帰さないといけないというような実情があるわけですね。

また低所得の高齢者の方は、もうこれ以上払えないから、いわゆる在宅費とか食費なんか上がっていろいろな負担が出てくるから、どうしても病院には長くいることができない。家に帰りたい。やっぱり住み慣れたところに帰りたいということで、帰りたい要望。面会に行きますと、「帰りたいよ、連れて帰って。」というようなことで、よく言われるんですよ。けれども、介護力がないのに連れて帰ってもしようがないから、「もうちょっとよくなって、帰ってきたらまたみんなでいろいろとお話し合ひしようね。」というぐらいでごまかして帰ってくるんですけども、患者自身は地域に帰りたい。それに、また家族は、積極的に世話するところがないということで嫌がるわけですね。

私たちが老人クラブとしましても、高齢者、

同僚ですから、支えあって生きていこうということで、「友愛訪問制度」というのを全国で各市町村、東北にしろ、あるいは関東、関西、四国、九州あたりでも、本当にいろいろな集落、いろいろな地域で友愛活動、友愛訪問、1人暮らしとか寝たきりの人とか、ちょっとした介護1・2ぐらいの程度の方は、お互いに声を掛け合って支え合っていこう。

そして、軽いケア。服薬させたり、ちょっと背中をさすったり、シップを張ったり、体位変換させたり、車椅子に乗せて散歩したりというような程度はどんどん今全国的に広がってやっています。悲しいかな、沖縄県の場合は施設志向が多いんです。少し具合が悪くなったら、どこの病院に入れるかねとミーグルグル（目をまわして）して家族が探して、入ったら最後、もうソーシャルワーカーが退院を勧めたり、次の施設を探してくださいと言っても逃げる一方で、なるべくこの病院に長期に入院させてほしいということで、しがみつくわけですね。

社協だとか民生委員だとか、いろいろとかかわりを持ちたいということで声をかけるんですけども、今度、合併問題が浮上しまして、地域では、特に社協あたりなんかでは、もう予算がないから自分たちのことをするのが精一杯で、老人クラブの世話まで見ておられませんということで、今まではミニデイサービスとか、いろいろな地域におけるデイサービスは老人クラブとタイアップしてやっていたんですけど、これも老人クラブで勝手にやりなさいというような状況ですし、友愛訪問活動もやりましょうといって乗りかけたら、もう合併で予算がないから立ち消えになりましたし、民生委員さんは、民生委員さんの法規といいたいでしょうか、条例には、高齢者引きこもりの老人を定期的に訪問してケアしてあげるといようなことがうたわれているんですが、実際に民生委員に聞いてみると、1年に1回、盆と正月にメリケン粉とか、黒砂糖とか配達しながら声かけするだけで、日常茶飯事はとてもじゃないけどやってないということですね。

社協のほうにちょっとかかって、これから老人クラブと一緒に友愛活動をやりませんかと言いましたら、財源がないのにそんなことまでやられてないから、老人クラブは老人クラブでやりなさいと言うんですけど、老人クラブ単独だけでは独走できないんです。行政か社協か、どこかの後押しがいる。特に独居老人、孤独な老人がおるところなんか情報も集めないといけませんし、1人では一っつと行ってもいろいろな事故や事件が起きたらどう処理するか。やっぱり連携してやってほしいというような願いがありますので、声かけしても、無論、地域の区長さん、地域の民生委員は重荷になるというようなことであまり乗り気にならないし、地域の行政も社協もしかり、シャットアウトをどんどんやってきますし、行政の健康課と福祉課あたりでも、自分の手前のことで精一杯ですので、おそらく包括支援センターができて、この前、包括支援センターのことについていろいろ質問したんですけども、立案とかパイプ役はするけれども、アクションを起こしたり、実際行動したり地域に入って指導するということまではまだ行ってませんということで、なるほどね。包括支援センターってできて間がないから、今ちょうど過渡期かなと思って私はそれで納得したんですけどね。どうもそこらへんも看護師やら運動士やら、あるいは保健師なんかも少ないようで、なかなか地域に密着した、各単位クラブに密着したような、こういうような友愛活動なんかも指導してくれそうにもありませんので。

近くの診療所の先生方も、この程度だったら入院せんでも家で養生しなさい。近くのお友達と一緒にあって、いろいろ世話してもらいながら生活できますよと言われても、不安だから、さびしいからということで、診療所の先生にしがみついて、どこかに入院させてくださいとかいう事例もあるんですよ。

だから、私たちは地域の先生方を中心に、社協だとか、行政だとか、老人クラブも一緒になって、元気な年寄りには80%おりますので、そういう高齢者は、自分たちの踊りや歌やらサーク

ル活動ばかりに熱狂しないで、そういうふうな社会奉仕とか、地域を見守っていく。明日は我が身というような感覚で取り組もうとしているんですけども、なかなか進まないで、これは医師会の先生方も何かいい知恵があったら教えていただきたい。とにかく老人クラブは、行政の後押しがほしいんです。

○司会(玉井) わかりました。

小渡先生、地域でどう受け皿を展開すべきか、または、どう地域が支えるべきか。ボランティアも含めまして、そういうこれからの見通しありますでしょうか。

○小渡副会長 今、山田さんがおっしゃるように、少し空回りしているところも沢山あると思います。やはり基本は、市町村の老人保健福祉課が中核になると思います。何故かというと、老人福祉事業は市町村では予算化されています。今後それが強化されていくと思います。本来、要支援というのは、介護保険の枠外であると思います。しかし5年やって見ると介護保険料の約半分が、要支援や要介護1と要介護2が使ってしまうとは国は予測していなかったのではないかと思います。そこで今回の介護保険制度改革で、もう一度やり直したら、昨日までサービスを受けていた人たちが、今日からはサービスは受けられませんとはできないので、これを介護予防という形でサービスしたようにも思います。今後は次の段階でおそらく市町村の老人保健事業として介護予防をどんどん推し進めていくという形になっていくと思います。

○山田委員 これから老人福祉課とタイアップするようにお尻たたきに行きます。なかなかそっぽ向いて、年寄りには勝手にやりなさいと。

○小渡副会長 うるま市は、結構、老人保険課が一生懸命やっているんですよ。

○当銘ケアマネージャー そうですね。うるま市も合併して、山田さんがおっしゃったような合併後の問題というのは、同じように出てきます。

ただ、合併する前の具志川市。基盤が具志川市だったんですけども、その中で各公民館を

拠点とした地域でみんなを見守りたいという、自分たちで自分たちの地区を見守っていこうという活動が起きたんですよ。これは社協にあった、今はもう改正でなくなったんですけども、基幹型支援センターが中心となって、地域のネットワークづくりに力を入れたんですね。その中で、民生委員、それから警察、それと自治会長、老人クラブの方とか、それから在宅介護支援センターの方も一緒になって、そういう方々がひとり暮らしの方を見守ったりとか、認知症のある方の安否確認をしたりとか、そういう活動が起こったんですよ。

これは、合併になって財源がどうかというもので、ちょっと先ぼそりになっている部分もあるんですが、地区の力をつけてきたところというのは、今でも同じ活動を続けているんですよ。

サービスの隙間を埋めるというのを、私たちケアマネ現場としてもとても課題になっているんですよ。ご家族の方がいらっしゃっても、仕事でいないんですね。デイサービス、デイケアから帰ってきて、夕方6時までの間、誰もいないんですよ。その間どうするのというので、私たちも非常にあの手この手考えながら、民生委員さんに相談に行ったり、近所の方に「ちょっと声かけお願いできませんか」と言ったりしているんですが、現実にはなかなかできない。やっているとこも確かにあるんですけども、できないところが多いんですね。

そういうふうには介護保険だけではなくて、それから老人福祉のサービスだけではなくて、地域に住んでいる住民の方々が自分たちのこととして考えて、一緒に支えていくことができれば、もっと介護保険で削減された部分とか、そういうものもみんな支えあっているのかなというふうには考えているんですけども、なかなか現実にはまだ働きかけている段階というのはあるんですが、みんなで一緒にやっていきたいことなどは思っております。頑張っていきたいと思います。

○伊波委員

私、社協の伊波です。宜野湾市のケースなんですけれども、7月に「介護お助けマン」とい



う形で介護のメンバーが、うちの介護支援センターで講習とかやっています。そこを受講なさった方たちが、今モデル地区で3地域なんですけれども、「介護お助けマン」という形の助っ人の制度をつくっています。2人1組で、介護の訪問をしまして相談に乗ったりとか、できることをやるというふうに始まっていますし、直接的な福祉のサービスというのはいま地域でやって、市町村がやるという形で。障害者にしても、児童にしても、老人福祉にしても、福祉関係は市町村が基盤だという位置づけはもう法体系的にできてきましたので、それを市町村がどういうふうに取り組むかというのが今後の課題ではあるんですけど、先ほど小渡先生先がおっしゃいましたけど、3年先には介護保険に障害者の部分も、介護が必要な部分は全部統合されていくと思います。

○司会(玉井)　ここで意見交換ができてよかったですね。

○照屋(医師会)

先日、とてもバイタリティー溢れる、すごいエネルギーを持った人が核となって、その地域自体をひとつの病院と考えるという内容の新聞記事を読ませていただきました。

ひとつひとつの家々を病院の病室と考えると、その地域の診療所や公民館が、ナースステーションであったり待合室であったりするわけです。

そうすると、そこで医療を実践する先生や、民生委員の方々・社協の方々が、相当なバイタリティーを持って回診して住民を診ていかないと行けないわけです。



このひとつの地域という病院の中で、「孤独死」などがないように、ケアマネージャーの方々・行政の方々も、「ピンピンコロリ」と満足な死を迎えることができる体制を作らなければならないということです。

「安楽死」や「尊厳死」ではなく、「満足死」が重要な事で、家族の方ももちろんその事に関わってもらわないといけません。

とても難しいこととは思いますが、相当エネルギーを持った人が、核としてその地域に必要ということだと思います。

○司会（玉井） 国吉委員、今、老人の自殺もあるかと思えます。今、地域でしっかりやっていこうという話が出てきて、非常に明るい未来が開けているような気もするんですけども、実際には老人の方々が自殺を試みたりというような話もよく新聞に見ますけれども、「いのちの電話」を主宰されていて、こういう高齢者の方からのお電話とかご相談とかいうのもありますでしょうか。

○国吉委員



高齢者の方もあるんですけども、やっぱり少ないですね。ですから、むしろそういう方々は、本当は訪問してわかるんじゃないかなという気がします。

今、照屋先生がおっしゃったように、地域が病院の形になるというのは、ある意味では、私も理想ではないかなと思うんです。

先ほど50年代では、80%が自宅で死亡したんですけども、2000年になるともう80%が病院と。私の知っている方で、お2人とも80歳を過ぎて病院にいたんですけども、奥さんはどうしても家で召されたいという感じで、大変いい病院だったんでしょうね。奥さんを自宅に帰して、それから庭を見ながら亡くなったんですよ。家族もある意味で満足して、本人も満足して召されて。

そして、ご主人がまだ病院にいたんです。そのときに「奥さん亡くなったよ」と言ったら、もう「ぜひ会いたい」と言うわけですよ。そして、この病院のお医者さんについて、担架に乗せたまま、そして亡くなった奥さんと手を握って、それでまた病院に帰ったんですが、また同じ金曜日の1週間後に、そのご主人も召されたんですけどね。

いろいろな意味で私たちは家族とか家庭というのは、おろそかではないんですけども、核家族になり、時代の変化もあってなんですが、やはり人間が生きる根底に家庭がありますし、家庭がまた地域とのつながりで。

昔、沖縄はドアも閉めないぐらい信頼関係があって、人と人との輪もつながりもあったわけですけども、今の子供たちというのは、本当言うとおじいちゃん、おばあちゃんの死というのは知らないんですね。見ないんです。昔は家庭でやりましたからね。だから、そういう意味で、50年の間に消えてしまった家族の輪なんですけれども、それを本当に。

いい意味でもう一度家庭に戻して。今、先生がおっしゃったように、これもいい面をとれば、本当に私たちはもっと家庭を中心に、地域を中心にとすることで育てていかなければいけ

ないんじゃないかと。

ですから、“いのちの電話”は、実際は訪問も何もできないんですよ。本当に電話1本で心と心の、もちろん高齢者の方もありますけれども、そういう意味では、ある1つの働きはしていますけれども、老人クラブの方とか、あるいは社会福祉協議会、あるいは民生委員の方々と、そういった連携をしていかなければいけないと。

高齢者の自殺も増えてますし、昔は健康状態のことが一番多かったと思うんですけども、今はやっぱり社会の情勢の変化で、生活あるいは経済的な面も出てきていますし、そういう意味で、全部総合的に命ということを考えた場合に、やはり小さい命から一生の命、それを1つに考えて、本当に生まれてよかった、生きてよかった、長生きしてよかったという社会をつくるためには、介護保険も、医療も、全部連携して、もっと温かいというか、そういうのをつくるきっかけになればいいかなと思っているんですけどもね。ただ、国が、財政が厳しいから切るというようなことではなくて、本当に必要などころには出す。

そういったようなこともあって、これからの社会の形成というものは、我々はこれだけだから、こっち側は医療だから、介護だからというのではなくて総合的に、人が生きるために全部必要な施設であり、また行政ですから、そのへんを考えていかないといけないことではないかなと思うんですね。

ですから、“いのちの電話”とは直接には結ばないのかもしれませんが、でも、本当に1人の人間の一生ということを考えると、介護保険あるいはこうした老人、福祉のことも深いかわりがあると思う。

ちょっと質問ですけども、この改正のときに国は、日本医師会でしょうか、お医者さんの意見をどれくらい聞いているのか。ほとんど聞かないでなされているのか。お医者さんの方々がおおむね反対をしていると思うんですけども、それがばさばさっとやられていくというの

には…、日本医師会は相当強いと思うんですけども、どれくらい聞かれているのかという。ちょっとした質問もあります。どうもありがとうございます。

○司会(玉井) このへんに関しては、宮城会長のほうからお話いただきたいと思います。

○宮城会長 小渡先生が医療法改正のところで話がありましたように、去年の12月の大綱のときには方向性というのは出してはいるんですね。ただ、療養病床のほうで介護療養を廃止するという話は全くないんですよ。

逆に、厚生労働省の中でも、むしろそれを療養病床はすべて介護保険で面倒みようという意見もあった。意見もあって、そういう話で進んでいったわけですね。それとか、あるいは老健施設は逆に医療保険でみよう。ちょうど38万床とか20万床とかいうのがありますから、老人保健施設は医療保険、療養病床は介護保険でみよう。コンバートしようということまであったんです。ただ、療養病床の中の介護保険適用の療養病床を廃止するというのは、突然出てきたような感じですね。ですから、反対するも、反対しないもなく、もう決まってしまったというようなことがあるんですね。

それから、介護保険の中で居住費、ホテルコスト、それから食事費。それは去年の10月から自己負担になってますね。それについても、医師会は随分反対をしております。今度、医療保険の中でもそれが導入されるということになっているんですが、それについても基本的に反対なんですね。

介護保険と医療保険がどう違うかという、施設側というのは終の棲家ということで、家はなくしてそこで居住を移しているわけです。しかし、入院というのは、家はあるんですよ。ですから、家があって入院してますから、両方居住費を払わないといけないんですね。もし入院してて、居住費は自己負担になると。それは老人ホームとかいうところと違うんですね。ですから、そういう意味では、居住費の自己負担というはずと反対はしてます。



会場風景

それから食事というのは治療なんです。簡単に言えば、例えば糖尿病なんていうのは治療食といえますし、薬だけが治療ということではなくて、食事というのも非常に重要な治療の一環ですね。ですから、入院したから家でも食事をとっているから、入院してもこれは自己負担にすべきだという考え方は受け入れられないんですね。ですから、それについても反対はしているんですけども、みんなお金の問題で自己負担化にされるということですね。

ですから、問題点を指摘をして、これが自己負担になるということが問題で反対だと言っても、強行に採決されていって決まってしまうということですね。ですから、何もせずに黙っているということではなくて批判はしております。

○司会（玉井） いろいろと折衝ごともあったようですが、最終的にはもう知らないところで決まってしまったということでしょうか。

小渡先生、先ほどから財源のことがいろいろ出ておりますけれども、我々、医療費というの

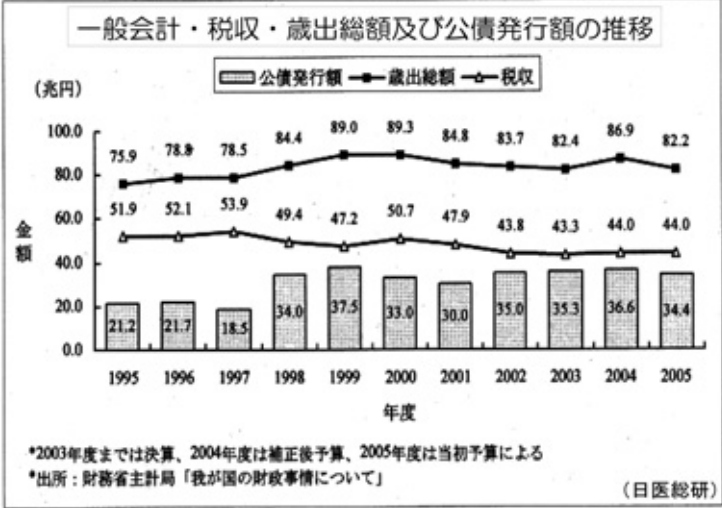
は使いすぎているのでしょうか。

○小渡副会長 医療政策は、基本的には国民の医療を中心に考えなければなりません。しかし、同時に医療財源を無視して医療政策を作ること出来ません。最近バブルの崩壊後、長い期間不景気が続き、税収が減収し国の財源が無いことに加え高齢社会となり、しかも急激な高齢人口の増加があり、今後さらに高齢人口が増加することから、医療財源が破綻しないような医療政策が求められています。しかし、最近の医療制度改革は財源中心と言わざるを得ないような状況にあると思います。

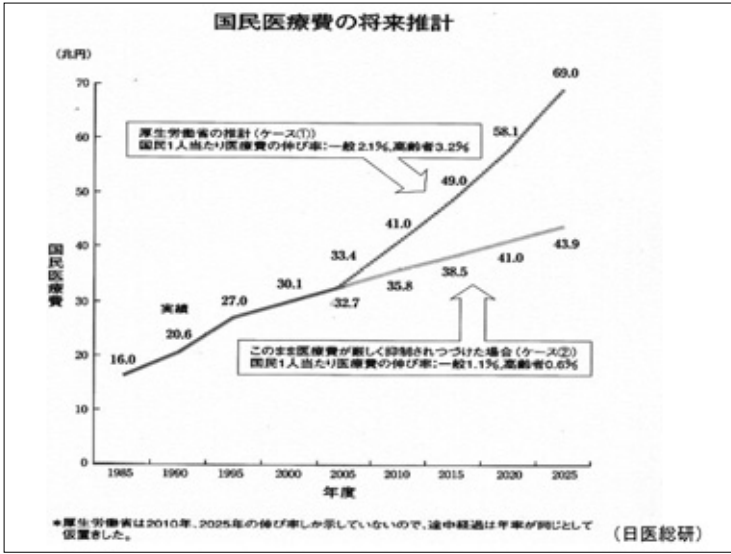
医師会は、今、会長が言われたように、色々なことに対して反対をしています。ただ反対するにも、反対する論理があるわけです。政策が成功なのか失敗なのかは、何年か先に結果が出たときに分かるような気がします。そのため、これらの政策を決めるときは、その選択肢を徹底的に分析する必要があると思います。日本医師会には日医総研という研究所があります。そこでの資料を基に述べたいと思います。



## ② 今回の医療制度改革は正しいか？



(スライド 資料-①)



(スライド 資料-②)

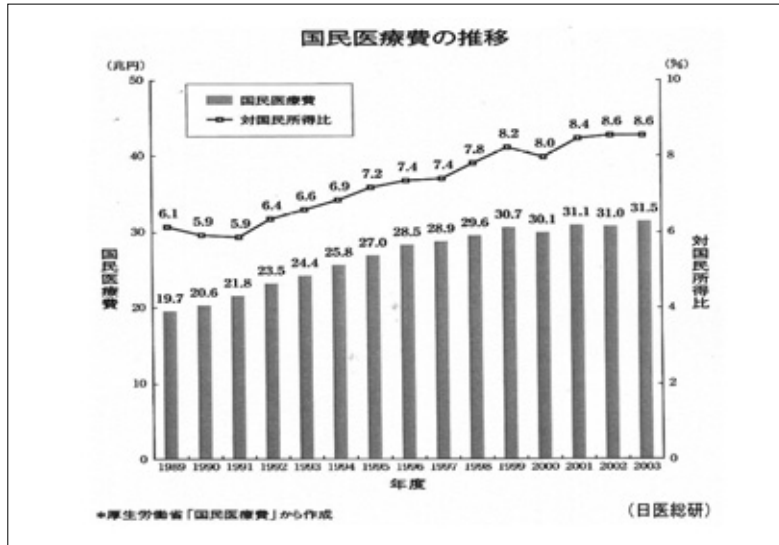
(スライド 資料-①)

これは国の一般会計・税収・歳出総額および公債発行額の推移を示しています。国の歳出額は概ね80兆円に対して税収は40数兆円しかありません。そのため毎年、国債いわゆる国の借金を30兆円以上発行している状況にあります。特に1997年までは国債発行高は20兆円弱でしたが、この時点で小渕政権は大減税を行い景気回復を意図しました。しかし、実際には国民は増えた収入を預金にまわしたため、予想に反し

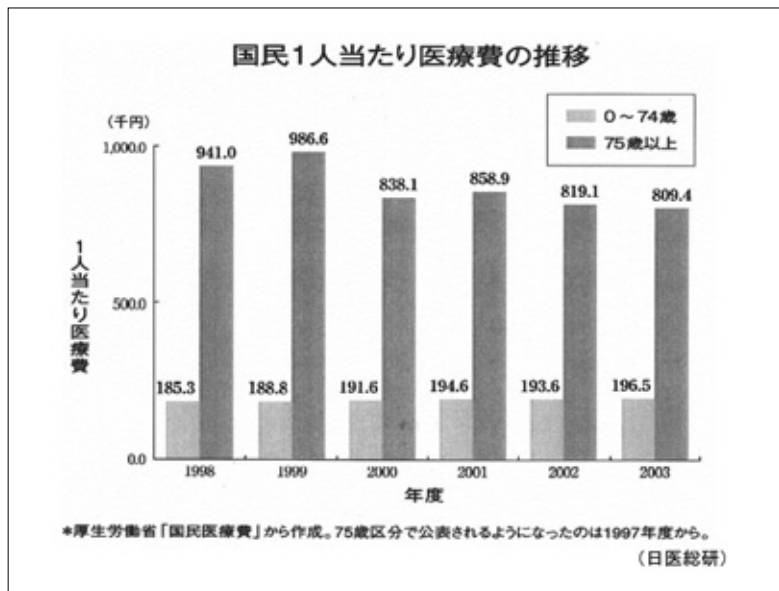
て内需が拡大せず、結果として税収が増えず、その後から国債発行は30兆円を超えてしまいました。その後の小泉政権は、国債発行高を30兆円に抑制するという財政抑制策をとったため、これが今回の年金や医療等の社会保障の抑制に繋がらざるを得なかったように思います。

(スライド 資料-②)

次のスライドは国民医療費の将来推計を示しています。厚労省の推計では医療費はどんどん



(スライド 資料-③)



(スライド 資料-④)

増加し、このまま行くと平成25年には約69兆円になると推測し、抑制すれば約44兆円程度で済むとしています。これが医療費抑制の論拠となっているようです。しかし、日医総研ではこの推計には疑義があると訴えています。なかなか取り上げてもらえないのが現状です。

(スライド 資料-③)

次に、国民医療費の推移を示しています。医療費は年々徐々に増えていますが、対国民所得で見ると、2001年から横ばい状態であり、必ず

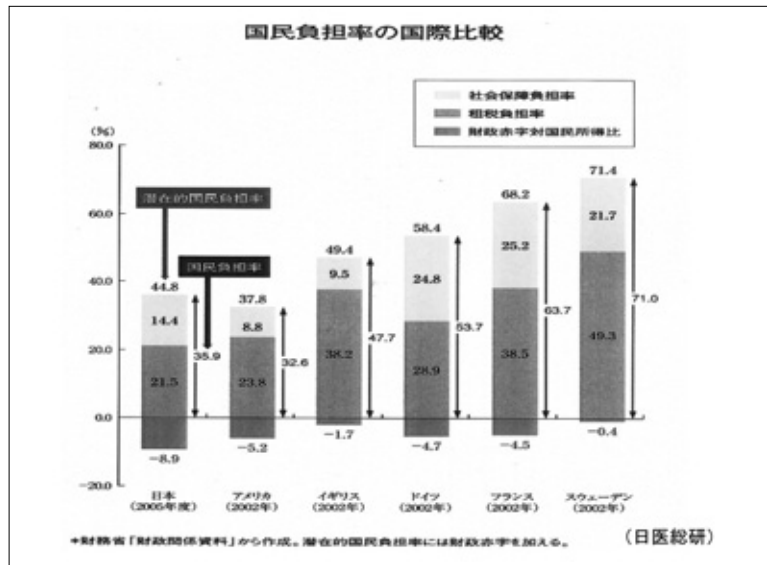
しも医療費の伸びが国民の生活に負担をかけているとは言い難いと思います。

(スライド 資料-④)

さらに、国民1人当たりの医療費の推移で見ると、75歳以上の1人当たりの医療費は伸びておらず、むしろ減少しています。これは個々の高齢者が医療費を多く使っているわけではなく、要は高齢者人口が増えたために、高齢者の医療費が伸びたことを意味しています。



(スライド 資料一⑤)



(スライド 資料一⑥)

(スライド 資料一⑤)

これは、よく言われているようにGDP（国内総生産）に対する総医療費支出の国際比較です。わが国はGDP比で見ると7.9%で先進国中では18位で最も低いことが分かります。それに反して世界で最も長寿の国であり医療・保健が行き届いている国でもあります。このことから安い医療費で効率の良い医療を行っていることが分かります。すなわち、わが国の医療は費用対効果という面では非常に効率的になっていると言えます。このことを無視して厚労省が医療

の効率化というならば、それは効率化ではなく単なる抑制という表現に変えるべきだと思います。

(スライド 資料一⑥)

最後に、国民負担率の国際比較を見てみたいと思います。国民負担率では、他の先進国に比べて財政赤字対国民所得費はわが国がもっとも高く、これは国の借金が多いことを意味しています。次に年金・医療・介護等の社会保障負担率と租税いわゆる税金の負担率を合わせると、

この負担率は通常50%を超えないようにする方が良いと言われていますが、わが国は35.9%であり、先進国でも負担率が低いことを示しています。もっとも低いのはアメリカで32.6%です。これが低いのは、国民の大部分が保険に加入していないため、医療を受けられる人に格差が生じていることを意味します。わが国の医療制度を考える上では、このようにアメリカ型にすれば自己負担をどんどん増やすことになり、医療を受ける側に格差を生じることになります。そして、結果としてこの方向を推し進めれば国民皆保険制度が崩壊する可能性があると思われま

す。今後、もし医療財源が足りないというならば、皆保険制度を守る意味でも自己負担を増やすのではなく、保険料を上げたり医療目的税を創設する必要があるように考えます。

## 質疑応答

○司会（玉井） ありがとうございます。とてもわかりやすい説明だったと思います。

委員の皆様、何かご質問ありますでしょうか。伊波さん、どうぞ。

○伊波委員 反論ではないんですけども、本当に社会的入院が増えてしまって、どこの病床も、特に県立病院なんかも、もう退院してほしいのに帰らないというケースが多いみたいなんです。そうしますと、本当に必要な人に医療がいかないのではないかというふうに、ちょっと見聞きされるんですけど、それはちょっとお聞かせ願いたいと思います。

○小渡副会長 中にはやっぱり社会的入院がないとは言えません。そういう人もいます。ただ何もかも100%というのは世の中にはないと思います。だから、そういう人が現在医療を受けている人の半分以上だとか大部分がそういう人であれば、これは何をしているんだと言われるのは当たり前だと思います。だけど、こういう人が一部にいて、それを例にとって、こればかりを言うのも問題がありますね。さらに、もう1つ大事なのは、そういう制度にしたことが問題だと思います。家に帰りたくない、あるいは、家に帰りたくても家が受け入れないというのが問題なんです。そういう社会的背景をまず変えようという考え方を持つべきで

すね。

○伊波委員 友達同士の間なんですけれども、例えば老人ホームといいますと、偉い人を含めてですけど、かわいそう、冷たいとかいうふうな言われ方をするんですね。病院というと、「まあ、大変ですね」と同情を受ける。それで病院のほうを選ぶとちょっと聞いたことがありまして。それから、あとちょっと手術してほしいのに、病床が空かないから何か月待ってくれとかいうふうなことを聞きますと、本当に手術して早めに治ったほうがいい人が入れなくて、もう慢性的に入ってしまった。そういう部分がちょっと多いのではないかなというふうな感じがしました。

○小渡副会長 わかります。それも、そうやってはいけないような医療制度改革をしないといけないと思います。今の医療制度改革は、急性期医療でもなるべく早く治療して、在院日数を短縮できない病院は、急性期治療として認めないという。そういう医療制度なんです。それが正しいかどうかの問題なんです。病院としては、そういう施策に背いてやると運営が困難になりますから、どうしてもその方向になるんです。それが全部間違えているとは言えないけれども、その中で不都合な人たちがたくさん出てくる可能性はありますね。だから、こういう

施策を打った場合に、何年か先にこの施策が成功か、失敗かということになるわけです。ただ、医療とか介護というのは財源がないからとか、それだけで済む問題ではないと思います。回答にならないと思いますけど。

○司会（玉井） ありがとうございます。

もう時間も押してまいりました。最後の質問とさせていただきますと思うんですが、どなたかもう1つ。では、銘苺さん。

○銘苺委員



まず質問からなのですが、今度の介護改正で、介護予防の点が重視されているということなんですけれども、実際に具体的にどういったものをやるのか。まずそのへんから聞かせていただきたいと思います。

○当銘ケアマネージャー 介護保険でする介護予防と、それと地域でする介護予防事業というのに大きく2つに分かれてくると思うんですね。

介護予防の中でも、介護保険の中では新予防給付というものがこの介護予防の中にありまし



小渡副会長（左）、当銘ケアマネージャー（右）

て、この運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上。この3つが行われているのが、介護保険の介護予防の通所のデイサービス、デイケア、その中で行われています。

よく筋トレとかありますよね。機械を使ったリハビリとか、足におもりをつけた筋力向上とか。そういうものとかも、この運動器の機能向上。そういうのに含まれているんですね。栄養改善のほうも、入院の方だけではなくて通所されている方、その方の中でも低栄養の方、そういう方に対して栄養改善ということで取り組みがなされています。

あと、その下3つの認知症予防とか、うつ予防、閉じこもり予防とか。これは市町村の介護予防事業として取り組むものになってますね。これは、取り組んでいるところと、取り組んでいないところと、多分、市町村によって別れてくると思います。

○銘苺委員 なぜこういう質問をしたかという、実は私も今介護する立場にありまして、母親がちょうど要介護2ぐらいでして、3年前からそういう症状が出て、実は介護保険を受ける前に、何とか筋トレとか、介護予防しようということで、市役所とか幾つか相談したんですけども、そういうときは地域のデイサービスを利用したらどうかとか、そういう話があったんです。そういうところに行っている間に、さらに症状が悪化して、結局、転倒して転んだ段階で介護保険適用となったときに、トレーニングしましょうということになったんですよ。こちらとしては、そうならない前にいろいろ筋トレなど介護予防して老化を防ぎたいとか、そういうことを考えたんですけども、結局は介護保険を受けて。そうなったときには、もうかなり症状が進んでいて、転倒が始まってもう外に出なくなって、今、家にいる形になってですね。

もし、そのときに何らかの形で。自己負担でもいいですから、筋トレができないかなという話もしたんですが、それがなかなかうまくいかなかった例があつてですね。もしそういう予防事業を徹底するならば、結局、介護保険を受け

ないとデイケアに行けないという結果になってしまっていて、その事前にできないかなと思ったりもするのですが。

今考えると、デイサービスではなくてデイケアが必要だったんですよ。さっきおっしゃったサービスの隙間だったんですよね。重症になる前に何とかしたかったんですけど、制度上それができないということになって、結局、介護保険を受けた場合にはもうどんどん悪化した。今思うと、そういう感じだったんですよね。

○当銘ケアマネージャー 今のようなものに当てはまるかどうかなんですけれども、今回、地域包括支援センターということで4月から新しくできたんですけれども、その中の予防事業の選定の仕方、特定高齢者の施策というのがあるんですね。その特定高齢者の施策も、この虚弱の高齢者に対する介護予防なんですよ。なので、この6つのものも特定高齢者を選定して、その予防に努めていこうというものになっています。

特定高齢者の拾い上げの仕方が、地域の住民検診がございましてね。住民検診の中からピックアップされて、その中をスクリーニングをかけて特定高齢者、リスクの高い高齢者というのを選定して介護予防の事業に参加してもらおう。そういうような取り組みが始まっておりますので、今後は、そのように地域の住民検診からとか、地域の保健師さんたちからあがってきた虚弱と言われてる特定高齢者ですね。その方たちがどんどんピックアップされてくるような仕組みができつつあると思います。

○司会（玉井） 介護が後手後手にならないように、先手先手にやっていけるとももっともよくなると思います。

最後の質問を盛根委員からお願いします。

○盛根委員

先ほどの説明で、我が国の社会保険費といいますが、それがGDP比なのですが、これが先進他国に比べてまだ低いというふうなお話があったんですが、もっとこれからお年寄りが増えて、社会保障費というのはどんどん増えていく



と。そうなってくると、GDP比も違ってくるんじゃないかなということなんです。

要するに、そのためには、まだ保険料は上げられる余地があるんじゃないかというふうなお話なのですが、そのあたりがまだしっかりこないんですけれども、どのあたりが適正水準なのかということもわからないんですけれども、そこは上げて、そうすれば医療費は抑制しなくてもいいのではないかと。医療費抑制するということは、こういうふうなところでいろいろひずみが出てきて困るんじゃないかと。そういうふうな理解でよろしいですか。

○小渡副会長 GDPに対する総医療費は、先ほど示したように日本は7.9%で先進国の中でもっとも低いので、これをあげることは国の予算の配分で可能だと考えられます。社会保障の負担率と税金は、これを合わせて50%以内にしなければならぬと言われております。そういう意味では、わが国は安い医療費で非常に高度な医療を行っていると言えます。このことは医師会が言っているのではなくて、WHOが日本の医療制度は良いと発表しています。それは間違いのないと思います。

要は、医療費等については保険料を上げて保険でやるか、保険料を上げずに自己負担でやるかという国民の選択だと思います。わが国の医療は皆保険制度で成り立っているので、社会主義的で、資本主義的ではないんです。その考え方で行くと、医療財源が足りなければ全体の保険料を上げなければなりません

ん。しかし、消費税を上げるのと同じで保険料を上げるのは難しいわけです。そこで今回の医療制度改革は自己負担を上げる方向で決まりました。しかしこの考え方を推し進めると、入院しても自己負担額が食費とかホテルコストで10万円ぐらいかかるという時代になってきたわけです。そうなると、保険料を払っているのに自己負担が高くてそれが払えないために医療にかかれないう状態になったら困るわけです。問題は制度の考え方として、全体の保険料でやるか、あるいは自己負担でやるのかという考え方の違いではないでしょうか。

○宮城会長 医療制度と、それから介護保険制度という、制度のほうをきちっと理解をされたほうがいいと思いますね。

それと、社会保障というのは、医療保険というのも社会保障の一種ですよ。社会保障が充実して行って、50%を超えたら国の力が弱くなるということはある得ないんですよ。国際競争力が非常に強いと言われている国というのは、社会保障にお金を使っているんですよ。日本以上に使っているんですね。ドイツも、フランスも、出ましたよね。ですから、国際競争力の強いところは社会保障も高いんです。日本は、それが非常に低く抑えられているということですよ。

先進国で、日本の医療費は、データにも出ましたように18位なんです。日本より医療費が安いところは、イギリスだったんです。「鉄の宰相」と言われるサッチャーが出てきて、医療費を極端に抑制をしたんですね。そうすると、どういうことが起こったかということ、がんの手術でも何年待ちという状態になったんですよ。骨折をしてもすぐには診てもらえないという状態になって、手術が必要だったらみんな大陸のほうで手術をするということがあったんですね。ですから、医療というのは抑制したために崩壊してしまったのです。

それで、ブレア首相は医療費を今度上げようということで、毎年医療費を上げていったわけ

ですね。それで、ようやく日本よりGDPに占める割合がちょっと上回ったんです。ということは、医療費を抑制して医療が崩壊をしようとして大変なことになるという。日本は、それに近い医療費で今抑えられているということですよ。ですから、非常に大きな目で見なければいけません。ですから、非常に大きな目で見なければいけないというふうに思いますね。

それから、社会的要因とかいろいろなことがあったんですけども、これデータで見えないといけないですね。入院がいっぱいだから手術ができないということではなくて、今の一般病床の病床稼働率というのは9割ぐらいなんです。つまり、日本の国全体としては1割は空いているんですよ。ですから、大きな目で見ると、必要な手術は受けられないという状態ではないんですね。個々の例を取っていったらいろいろな問題はあるかもしれないんですけども、日本全体の今置かれている医療の状況はどうかといたら、こういうことは今のところはないです。ですから、全体的に言えば、一般病床は1割空いているんです。これが稼働率ですからね。

そういう意味で、大きな目で見えないといけない。日本の医療が世界と比べてどうなっているのか。それから、介護保険がどういう方向に向かっているのかということですね。長い目で見るとどういう方向に行くかということ、日数で医療保険を制限しようということに方向性としてきているんです。皆さんよく知っているのは、リハビリの制限ですよ。脳卒中でリハビリを起したら90日以内とか、あるいは運動器疾患だったら150日までしか医療保険は使えませんよというのは、これ今リハビリで導入されているんですけども、将来的にはすべての疾患で導入されてくる可能性があるんですよ。つまり、医療保険は何日まで使えますけど、その後はもう介護保険でやってくださいという方向性。その方向性が1つリハビリで示されたということです。

ですから、1つ1つの改正というのは非常に慎重に見ていかないといけないですね。今の日本

の医療、介護保険の方向がどういう方向を向いているのかというのを、ぜひ関心を持っていただきたいと思います。見過ごしてしまうと大変なことになってしまいますので。イギリスのような形で、崩壊をしてしまった後に元に戻そうとしても、これはもう非常に難しいということが起こりますから。

医師会は、何もその目先のことだけ考えているわけではないんですよ。世の中、世界には例がたくさんあるんですね。そういうのを何とか阻止というか、そういう方向に行かずに、今行われている日本の医療、いいところは守っていかうということをおもんに訴えているところですよ。ですから、そのへんのところはぜひ理解をしていていただきたいと思います。

○司会（玉井） 温かい社会でありたいと思いますし、それを支える社会システムというのが重要だと思います。

宮城会長、何か追加、発言ございますでしょうか。

○宮城会長 ぜひ医療制度、保険制度には関心を持っていただいて、我々のためになるような制度になるように見守ってほしいと思います。

医師会に対しても、いくらでもいろいろな意見をぜひ述べていただきたいと思います。本日は本当にありがとうございました。

### 閉会

○司会（玉井） これをもちまして、平成18年度の第2回県民との懇談会を終了させていただきます。

どうも皆様、お疲れ様でございました。

ありがとうございました。

注釈：話し言葉で議論されているものを、発言者の内容趣旨を重んじながら、簡素化してまとめさせていただきました。

広報委員会

